

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



TÍTULO DE LA TESIS

PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN  
SOBRE EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

POR

DRA. CINTHIA DANIELA LÓPEZ MATA

REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

FEBRERO, 2019

PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN  
SOBRE EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Aprobación de la tesis:



Dr. med. Celina Gómez Gómez

Director de la tesis

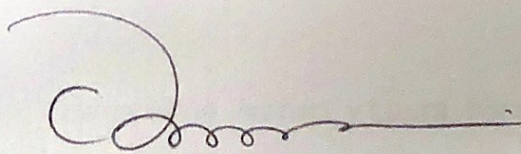


Dr. MC. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

1er. Asesor



Dr. MC. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera  
Jefe de Departamento de Medicina Familiar



Dr. Felipe Arturo Morales Martínez.  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## **DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo está dedicado con todo mi cariño a mi familia, especialmente a mi madre Ma. Elena y mi tía Olga, esta tesis y todo lo que logre hacer será gracias al amor, el apoyo y la confianza que me han dado en cada paso.

En estas líneas quiero agradecer a todas las personas que hicieron posible esta investigación y que de alguna manera estuvieron a mi lado estos 3 años.

A la doctora Celina Gómez, quien con sus conocimientos, experiencia y gran paciencia me encauzó en cada una de las etapas de este proyecto.

Al Dr. Raúl Gutiérrez y la Dra. Yeyetzy Ordoñez por confiar en mí y darme el mejor ejemplo del médico familiar que aspiro ser.

Al Dr. Eduardo Méndez, el Dr. Héctor Riquelme, el Dr. José Manuel Ramírez, y la Dra. Iracema Sierra, quienes durante estos tres años de residencia me han compartido su tiempo y enseñanzas.

A mis amigos, Ale, Héctor, Yesica, Majo, Alonso, y Laura, por acompañarme en este camino y hacer de los momentos difíciles buenas historias que contar.

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I. Resumen .....	1
Capítulo II. Introducción .....	3
2.1. La Evolución del Concepto de General .....	3
2.2. Definición de la Calidad y sus Dimensiones .....	5
2.3. Evolución de la Calidad y Seguridad en el Área de la Salud .....	6
2.4. Seguridad del Paciente e Identificación de Eventos Adversos .....	10
Capítulo III. Justificación .....	16
Capítulo IV. Objetivos .....	18
4.1. Objetivo General .....	18
4.2. Objetivos Específicos. ....	18
Capítulo V. Material y Métodos .....	19
5.1. Población de estudio .....	19
5.2. Instrumento de recolección de datos .....	20
5.3. Análisis de datos .....	20
5.4. Aspectos éticos .....	20
Capítulo VI. Resultados .....	23
6.1. Datos sociodemográficos .....	23
6.2. Datos de educación médica de los encuestados.....	25
6.3. Seguridad en competencias clínicas .....	27
6.4. Abordaje de problemas más amplios de seguridad del paciente en la educación profesional de la salud.....	35
6.5. Comodidad al hablar de seguridad de los pacientes .....	38
6.6. Cruces de datos .....	40
Capítulo VII. Discusión.....	57
Capítulo VIII. Conclusiones.....	61
Bibliografía.....	64

Anexos .....	71
Anexo 1. Encuesta de educación de los profesionales de la salud sobre seguridad del paciente (H-PEPSS) .....	71
Resumen Autobiográfico .....	76

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.1. Características sociodemográficas .....	24
Tabla 2.1. Características de la educación médica.....	26
Tabla 3.1. Porcentaje de acuerdo en las áreas teórica y clínica por competencia.....	28
Tabla 3.2. Contribuir a una cultura de seguridad del paciente .....	29
Tabla 3.3. Trabajo en equipos para la seguridad del paciente.....	30
Tabla 3.4. Comunicarse eficazmente para la seguridad del paciente .....	31
Tabla 3.5. Gestionar los riesgos de seguridad.....	32
Tabla 3.6. Optimizar los factores humanos y ambientales.....	33
Tabla 3.7. Reconocer, responder y divulgar eventos adversos.....	34
Tabla 4.1. Abordaje de problemas más amplios de seguridad del paciente en la educación profesional de la salud .....	36
Tabla 5.1. Comodidad al hablar de seguridad de los pacientes.....	39
Tabla 6.1. Relación entre identificar e implementar soluciones de seguridad en el área clínica y grado de residencia.....	42
Tabla 6.2. Relación entre importancia de un ambiente de apoyo en el área clínica y grado de residencia.....	43

Tabla 6.3. Relación entre seguridad para acercarse a personas involucradas en prácticas de cuidado inseguras en el entorno clínico y grado de residencia .....	44
Tabla 6.4. Relación entre especialidades y cobertura de aspectos del sistema de seguridad del paciente por el programa teórico .....	45
Tabla 6.5. Relación entre especialidad y prácticas seguras de medicamentos en el área clínica .....	47
Tabla 6.6. Relación entre especialidad y habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir efectos adversos en el salón de clases.....	49
Tabla 6.7. Relación entre especialidad y habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir efectos adversos en el área clínica.....	51
Tabla 6.8. Relación entre especialidad y seguridad para compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones en el salón de clases.....	53
Tabla 6.9. Relación entre especialidad y seguridad para compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones en el área clínica .....	55

## CAPÍTULO I

### RESUMEN

**Título:** Percepción de los médicos especialistas en formación sobre educación en seguridad del paciente.

**Introducción:** La alta incidencia de errores médicos y situaciones que comprometen la seguridad del paciente ha llevado a la reestructuración no sólo de la metodología para identificación de eventos adversos y prevención en el área clínica, sino a la educación médica y de otras profesiones relacionadas a la salud para equipar a los estudiantes con el conocimiento, habilidades y actitudes necesarias para trabajar de una manera segura. Debido a los errores, debe haber una mejoría en los programas de educación a los profesionales de salud como una estrategia viable para mejorar la calidad de la atención al paciente.

**Objetivo:** Valorar la percepción de los estudiantes de posgrado del Hospital Universitario de la manera en que la seguridad del paciente es abordada en las áreas teórica y clínica de la institución.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal aplicando el Cuestionario H-PEPSS a residentes de las



especialidades troncales: medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia, psiquiatría y medicina familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

**Resultado:** Se aplicaron 116 encuestas a residentes de las diferentes especialidades troncales del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, encontrando que en general, los residentes se sienten seguros sobre lo aprendido en las áreas teóricas y clínica de la seguridad del paciente, Se encontró mayor acuerdo en el área clínica de los seis dominios de las competencias de seguridad: Contribuir a una cultura de seguridad del paciente (77.4%), trabajo en equipos para la seguridad del paciente (75.2%), comunicarse eficazmente para la seguridad del paciente (87%), gestionar los riesgos de seguridad (80.7%), optimizar los factores humanos y ambientales (77.3), reconocer, responder y divulgar eventos adversos (78.6%).

**Conclusiones:** Los resultados nos sugieren la importancia y necesidad de mejorar la enseñanza de temas de seguridad del paciente tanto en el salón de clases como en la práctica clínica, considerando no sólo los aspectos clínicos como el lavado de manos, también los aspectos socioculturales como la comodidad al hablar de seguridad del paciente

**Palabras clave:** Seguridad del paciente, programas de pregrado y posgrado en medicina, estudiantes de pregrado y posgrado en medicina.

## **CAPÍTULO II**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **2.1. La Evolución del Concepto de Calidad**

La calidad es una inherente a la condición humana, por lo que la evolución ha resultado en la búsqueda por conseguir mejores condiciones de vida <sup>(1)</sup>. La historia de la calidad se puede remontar al principio de la humanidad, en la que el hombre construía herramientas para la caza con el fin de satisfacer sus necesidades primarias de alimento y ropa.

A finales del siglo XIX, la llegada de la Revolución Industrial trajo la difusión de la administración científica. A partir de ahí se creó la función de inspección a fin de identificar defectos en el producto final, desechando aquellos que no cumplían con las especificaciones o estándares deseados <sup>(2)</sup>.

En la década de 1920, las industrias fabricaban sus productos en masa; los procesos de producción se volvían cada vez más complejos, es por ello que fue

preciso mejorar la eficiencia de las líneas de producción. Shewhart propuso la aplicación de técnicas estadísticas para el control de la calidad la cual se centraba en el proceso de producción de los productos para identificar y eliminar los problemas que causaban los defectos <sup>(3)</sup>.

Durante la posguerra, se empezó a involucrar los departamentos para el diseño, la planeación y la ejecución de las políticas de calidad <sup>(4)</sup>. Se hace imprescindible que los productos cumplan con los requisitos dados sobre calidad y se inicia la etapa conocida como aseguramiento de la calidad.

En los años ochenta, debido a los cambios en la economía mundial aparece un nuevo concepto denominado gestión de la calidad total el cual da inicio a una nueva etapa de desarrollo que se distinguía por alcanzar la calidad en todos los aspectos y áreas funcionales de una organización y en la que cada parte debe trabajar en equipo reconociendo que cada actividad y cada persona afecta a su vez a la otra <sup>(5)</sup>.

En la actualidad, aparece en la escena la reflexión estratégica en la que las organizaciones involucran la sustentabilidad y el compromiso con la sociedad al ofrecer sus productos o servicios, donde la preocupación principal es competir eficazmente por los clientes, con calidad y precio.

## **2.2. Definición de la Calidad y sus Dimensiones**

La calidad se define como una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor <sup>(6)</sup>. Según ISO 9000:2015, calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto (proceso, servicio, producto, persona, organización, sistema, recursos) cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria <sup>(7)</sup>. Específicamente en el área de la salud Donabedian define calidad como una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso encaminadas a utilizar los mejores medios para otorgar el mayor beneficio <sup>(8)</sup>. Por otro lado, Ruelas enfatiza en su definición la incertidumbre donde se combinan beneficios, riesgos y costos, en donde se busca ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable <sup>(9)</sup>. La OMS la define como la medida en que los servicios de atención de la salud proporcionados a las personas y poblaciones mejoran los resultados de salud deseados <sup>(10)</sup>.

De acuerdo con el Institute of Medicine (IOM) <sup>(11)</sup> existen seis dimensiones que todo sistema de salud debe perseguir para ofrecer una atención médica de calidad:

1. Seguridad del Paciente: Ofrecer una atención que reduzca el riesgo y evite el daño al paciente.

2. Oportuna: Al brindar la atención a la población esta debe reducir las esperas o retrasos que puedan ocasionar perjuicio a su salud, es decir, el paciente debe recibir la atención en el momento preciso que lo requiera.
3. Eficaz: Brindar atención que se adhiera a una base de evidencia científica que resulte en los mejores resultados en salud para la población acorde a su necesidad.
4. Eficiente: Proporcionar una atención en el que se maximice el uso de los recursos y se evite desperdiciarlos (equipos, materiales, medicamentos, tiempo e incluso recursos humanos).
5. Equitativa: Proveer una atención médica que no difiera en la calidad proporcionada debido a las características de la población, ubicación geográfica y estado socioeconómico.
6. Centrada en el paciente: La atención brindada tomará en cuenta las preferencias del paciente, sus necesidades y valores individuales, así como la cultura de sus comunidades.

### **2.3. Evolución de la Calidad y Seguridad en el Área de la Salud**

En 1847, Semmelweis sugirió a los médicos obstetras la asociación que existía entre la fiebre puerperal y la materia cadavérica que era transportada por las manos de los médicos que tenían a su cargo la atención de pacientes en

trabajo de parto <sup>(12)</sup>. Propuso el uso de solución clorada para el lavado de manos antes y después de atender y examinar a los pacientes.

Entre 1911 y 1916, Codman registró el seguimiento de sus pacientes para evaluar los resultados finales de la atención, analizó los errores en el diagnóstico y tratamiento con el fin de realizar mejoras a su práctica médica. <sup>(13)</sup> Así mismo formó el Comité para la Estandarización de Hospitales, cuyo programa establecía los estándares mínimos para los hospitales <sup>(14)</sup>.

Para 1952, las asociaciones American College of Physicians (ACP), American Hospital Association (AHA), American Medical Association (AMA), y Canadian Medical Association (CMA) se unieron con American College of Surgeons (ACS) para crear la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), una organización independiente sin fines de lucro cuyo propósito era acreditar hospitales <sup>(15)</sup>.

En 1966, Donabedian introduce los conceptos de estructura (características de los sistemas de salud), proceso (cómo se proporciona la atención) y resultado (las consecuencias de la atención), que constituyen hoy en día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud <sup>(16)</sup>.

Estos conceptos favorecieron el control de gasto y el reconocimiento a los derechos de los pacientes.

En 1991, se publicaron los resultados de la práctica médica de Harvard exponiendo la gran cantidad de lesiones a consecuencia de una atención médica deficiente y la reducción de incidencia de estos eventos requerirá de identificar sus causas y desarrollar métodos para evitarlos <sup>(17)</sup>.

En 1999 se publica *To Err is Human: Building a Safer Health System*, <sup>(18)</sup> un trabajo mundialmente conocido en el que se propone un enfoque integral para reducir los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente a través del diseño de un sistema de salud más seguro. En éste se colocaba al error médico como la octava entre las principales causas de mortalidad en Estados Unidos, con una frecuencia de entre 44,000 y 98,000 pacientes que mueren cada año (aproximadamente 270 pacientes por día) como resultado de errores médicos.

Este estudio fue uno de los principales impulsores de trabajos de investigación en temas relacionados con la seguridad del paciente; a nivel mundial se desarrollaron distintas estrategias de identificación y disminución de errores médicos <sup>(19)</sup>.

Posteriormente, en octubre de 2004 La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por la OMS, esta alianza fue creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar mejoras relacionadas con la seguridad del paciente en todo el mundo.

Actualmente, el Institute of Healthcare Improvement (IHI) considera que concentrarse en tres objetivos críticos simultáneamente puede conducir a mejorar la atención médica: mejorar la salud de las poblaciones, mejorar la experiencia del cuidado del paciente (incluida la calidad, acceso y confiabilidad) y reducir o controlar el costo de la atención per cápita <sup>(20)</sup>.

Uno de los primeros estudios realizados a gran escala en Latinoamérica con el objetivo de valorar la situación de la seguridad del paciente en algunos de sus hospitales fue el Proyecto IBEAS 4, desarrollado en los países de México, Perú, Argentina, Costa Rica, y Colombia a lo largo de dos años (2007 - 2009), el cual incluyó una muestra de 11,379 pacientes en 58 centros hospitalarios; señala que la frecuencia de los eventos adversos fue de 11.85% y la posibilidad de prevención fue del 60%. Los eventos adversos estaban relacionados con los cuidados en el 13.27 %, con el uso de medicación 8.23%, con infecciones nosocomiales 37.14%, con algún procedimiento 28.69% y con el diagnóstico 6.15% <sup>(21)</sup>.



En México, los primeros trabajos enfocados a la calidad de la atención inician en 1956 en el que un grupo de médicos del Hospital de la Raza del IMSS iniciaron la revisión de expedientes clínicos de pacientes con un enfoque de calidad <sup>(22)</sup>. Un gran avance ocurrió en 1990, cuando en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, con la visita de Donabedian, donde, se desarrollaron las primeras Jornadas Académicas sobre la calidad de la atención médica en México <sup>(23)</sup>. El Consejo de Salubridad General publicó el 13 de junio de 2008 en el Diario Oficial de la Federación, el acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), esto con el fin de fortalecer la certificación de instituciones de salud, coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad del paciente e investigar las mejores prácticas nacionales e internacionales <sup>(24)</sup>. Actualmente el modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General fomenta en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente.

#### **2.4. Seguridad del Paciente e Identificación de Eventos Adversos**

La OMS define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. El IOM lo define como la atención proporcionada a los pacientes libre de daño <sup>(25)</sup>.

La seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación mundial dentro del sistema de salud debido a la alta ocurrencia de eventos y fallas en todos los sectores de la atención.

Estas preocupaciones fueron evidenciadas en una serie de reportes y estudios médicos a principios de la década de los noventa enfocados a la alta incidencia de eventos adversos en la práctica médica; propiciando en la comunidad médica un aumento en la atención a la calidad de servicios médicos ofrecidos a nivel internacional <sup>(26)</sup>.

Con el objetivo de facilitar la comprensión, el aprendizaje y la categorización de la información sobre seguridad del paciente en diferentes sistemas de salud, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente reunió a un grupo multicultural de expertos y elaboraron la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, en el que se definieron los conceptos clave y se agruparon en un marco conceptual para establecer una clasificación internacional <sup>(27)</sup>.

La mayoría de los errores son ocasionados por personas que trabajan en sistemas disfuncionales, es por ello que las defensas y barreras ocupan una posición clave, sin embargo, estas barreras pueden presentar fallas latentes que son los patógenos residentes e inevitables dentro del sistema y las fallas activas son los actos inseguros cometidos por las personas que están en contacto directo con el paciente o el sistema. Las intervenciones en las fallas

activas están dirigidas a corregir a las personas; mientras que la intervención de las fallas latentes, a corregir los procesos <sup>(28)</sup>.

En las últimas décadas ha existido un profundo interés por conocer la prevalencia de eventos adversos en los pacientes durante sus internamientos. Sin embargo, actualmente el interés se ha extendido a conocer el grado de impacto (o daño) que tuvo en el paciente, el tipo de proceso que estuvo relacionado, y si este pudo haberse evitado con alguna intervención o acción.

A nivel Nacional, diversas instituciones desarrollaron sistemas de notificaciones voluntarios, con el objetivo de lograr la cobertura nacional, ejemplos de ellos se encuentra el Sistema Nacional de Reporte y Aprendizaje de Eventos Centinela (SiNRAECe), cuyo sistema se creó por parte de la Secretaria de Salud de México, como parte de las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad en el 2004, sin embargo, no se logró la cobertura a nivel nacional deseada; el Reporte de Errores Resultado del Acto Médico (RERAM) desarrollado en el 2005 por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, mostró que la notificación ha sido escasa debido a un nivel insuficiente de cultura para el reporte, así como al temor del médico a ser sancionado; el Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos (VENCER) fue desarrollado en el 2005 por el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), este sistema si bien tiene cobertura nacional, es exclusivo de instituciones pertenecientes al IMSS <sup>(29)</sup>.

Posteriormente, la CONAMED desarrolló en el 2009 el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS), el cual se encuentra basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) y representa una herramienta que facilita la notificación y el reporte de incidentes relacionados a la seguridad del paciente con el fin de cambiar la visión punitiva que se tiene sobre el reporte, mejorando la cultura de seguridad en las instituciones de salud <sup>(30)</sup>.

Finalmente, una metodología muy utilizada a partir de los años noventa, es la revisión de historias clínicas a través de métodos de cribado. Estas revisiones suelen aplicarse de forma retrospectiva <sup>(31)</sup>, es decir, cuando el paciente ya fue dado de alta, por lo que resulta en una limitante para el establecimiento de medidas de mejora inmediatas, así mismo, requiere de tiempo, los eventos usualmente no se registran en las notas médicas y algunas notas pueden llegar a ser ilegibles. No obstante, estas revisiones han superado algunas limitantes gracias a la introducción de los sistemas informáticos como lo son los expedientes médicos electrónicos.

La alta incidencia de errores médicos y situaciones que comprometen la seguridad del paciente ha llevado a la reestructuración no sólo de la metodología para identificación de eventos adversos y prevención en el área clínica, sino a la educación médica y de otras profesiones relacionadas a la salud para equipar a los estudiantes con el conocimiento, habilidades y actitudes necesarias para trabajar de una manera segura <sup>(32) (33)</sup>.

Existen pocos estudios que hayan explorado la integración de la seguridad del paciente dentro del currículo médico y se ha encontrado muy poco dentro del material educativo <sup>(34) (35) (36) (37) (38)</sup>. Esto no significa que el contenido esté ausente en estos programas, pero sí que hay poca documentación de su existencia.

En el año 2006, el Instituto Canadiense de Seguridad en el Paciente (CPSI por sus siglas en inglés) inició el Proyecto de Competencias en Seguridad, con el propósito de desarrollar una metodología para el entrenamiento y educación de profesionales de la salud y el desarrollo de competencias sencillas y fácilmente aplicables en escenarios de pre y posgrado. De esta manera se desarrolló una metodología de competencias médicas que identifica seis dominios necesarios para otorgar un adecuado cuidado a la seguridad del paciente <sup>(39)</sup>.

Los **seis dominios** de las competencias de seguridad incluyen:

1. Contribuir a una cultura de seguridad del paciente.
2. Trabajo en equipos para la seguridad del paciente.
3. Comunicarse eficazmente para la seguridad del paciente.
4. Gestionar los riesgos de seguridad.
5. Optimizar los factores humanos y ambientales.
6. Reconocer, responder y divulgar eventos adversos.

La encuesta de educación para profesionales de la salud en la seguridad del paciente (H-PEPSS por sus siglas en inglés) es una herramienta para evaluación educativa diseñada para reflejar las seis áreas de competencia y mide la percepción de los profesionales sobre los programas impartidos sobre seguridad del paciente tanto en el salón de clases como en el área clínica.

## **CAPÍTULO III**

### **JUSTIFICACIÓN**

En los últimos años ha dado mucho de qué hablar entre hospitales públicos y privados ya que la seguridad del paciente toma relevancia a partir de la detección de eventos adversos derivados de la atención médica en pacientes hospitalizados. Estos eventos adversos se cometen a diario ya que las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente no las toman en cuenta o la mayoría están familiarizadas con este tema para tener una mayor seguridad con el paciente <sup>(13)</sup>.

En países desarrollados uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufre daños. En el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor <sup>(14)</sup>.

Los eventos adversos aumentan la morbilidad y mortalidad de los pacientes y generan mayor tiempo de estancia hospitalaria, aumentan costos, aumenta la desconfianza, el estrés para quien lo recibe como para quien lo produce, se deteriora el desarrollo profesional y se alteran los aspectos técnicos, científicos, humanos y éticos, bajo los cuales se desarrolla el ejercicio profesional <sup>(15)</sup>.

Se debe asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas relacionados con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos <sup>(16)</sup>.



## **CAPÍTULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **4.1. Objetivo general**

Valorar la percepción de los estudiantes de posgrado del Hospital Universitario de la manera en que la seguridad del paciente es abordada en las áreas teórica y clínica de la institución.

#### **4.2. Objetivos específicos**

1. Identificar la perspectiva de los médicos sobre su aprendizaje en temas de seguridad en el paciente.
2. Determinar el grado de satisfacción de los médicos sobre su aprendizaje en temas de seguridad en el paciente.
3. Reconocer las áreas en las que los médicos sienten mayor confianza sobre sus conocimientos en cuanto a seguridad en el paciente.
4. Reconocer las áreas de oportunidad con respecto a la enseñanza y práctica de seguridad en el paciente.

## **CAPÍTULO V**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Diseño: El presente trabajo es un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y tipo encuesta.

Características de la población: médicos especialistas en formación, es decir, residentes de las diferentes especialidades troncales del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de Monterrey, N. L., México.

#### **5.1. Población en estudio**

Criterios de inclusión:

- Residentes de las especialidades troncales: Medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia, psiquiatría y medicina familiar.
- Se incluyeron tanto a hombres como mujeres que aceptaron participar.

Criterios de exclusión:

- Residentes que se rehusaron a participar.
- Residentes de otras especialidades que no sean troncales.

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

Tamaño de la muestra:

- Tomando en cuenta un nivel de confianza de 95% para una población de 166 médicos especialistas en formación con una proporción estimada de 0.5 para la característica buscada con un intervalo de confianza de 0.05 se calcula una muestra de 116.

## **5. 2. Instrumento de recolección de datos**

Se diseñó una encuesta que comprende los datos sociodemográficos de los participantes y el cuestionario H-PEPSS (alfa de Cronbach 0.80), que valora la educación de los profesionales de salud sobre la seguridad del paciente. Dicha encuesta toma aproximadamente 12 minutos para completar y valora la perspectiva de los médicos especialistas en formación abordando 6 áreas de competencia de seguridad del paciente: contribuir a la cultura sobre seguridad del paciente; trabajar en equipos para la seguridad del paciente; comunicarse efectivamente para la seguridad del paciente; manejar los riesgos en seguridad; optimizar los factores humanos y del medio ambiente y reconocer, responder y revelar los efectos adversos.

Se le solicitó a los médicos que evaluaran su nivel de confianza de manera separada, tanto en el salón de clase como en el área clínica utilizando la escala de Likert de 5 puntos en la que 1= totalmente en desacuerdo, 2= desacuerdo, 3= neutral, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo.

### **5.3. Análisis de datos**

Se realizó en el SPSS versión 22 para Windows. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Se hizo el cruce de las variables sociodemográficas y de la enfermedad con las que miden la calidad de vida con una significancia estadística de  $p < .05$ .

Las respuestas de la encuesta del H-PEPSS se recodificaron en 3 grupos: Totalmente en desacuerdo y desacuerdo= Desacuerdo; Neutral= Neutral y Totalmente de acuerdo y acuerdo= Acuerdo. Así se hicieron los cruces con las variables sociodemográficas como género, edad, especialidad, entre otras.

### **5.4. Aspectos éticos**

Al ser un estudio observacional y descriptivo que no implicó riesgo, se solicitó exención de consentimiento informado. Se solicitó de forma voluntaria la participación en el estudio, el médico podía rechazar participar en el estudio, no se violentó la confidencialidad de los participantes ya que se mantuvo el anonimato en las encuestas.

Se garantizó la confidencialidad de la información. Las encuestas fueron guardadas bajo llave en la oficina del investigador principal y de ninguna manera se reveló la identidad del participante.

El protocolo fue sometido y aprobado por los Comité de Ética y de Investigación del Hospital Universitario “José Eleuterio González” con clave de registro: **MF 18-00008.**

## **CAPÍTULO VI**

### **RESULTADOS**

Se aplicaron 116 encuestas a residentes de las diferentes especialidades troncales del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, encontrando al valorar los seis dominios de las competencias de seguridad del paciente que la mayoría de los médicos residentes se sienten seguros su manejo tanto en el salón de clases como en el área clínica.

#### **6.1. Datos sociodemográficos**

En la Tabla 1 se analizaron los factores sociodemográficos de los estudiantes de posgrado. La edad media en los residentes fue de 27 con una Desviación Estándar de 1.7 y un rango de 24 a 32 años. El 52.6% de los estudiantes son mujeres, 86.2% solteros. En cuanto al lugar de residencia 71.6% viven en Monterrey. Sobre la religión que practican, se encontró que un 65.5% son católicos, 8.6% cristianos y 25.9% no practican ninguna religión.

**TABLA 1.1. Características sociodemográficas**

<b>Variable</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
<b>Género:</b>		
Masculino	55	47.4
Femenino	61	52.6
<b>Edad: (Años)</b>		
21-25	18	15.5
26-30	90	77.6
31-40	7	6.0
41-49	1	0.9
<b>Estado civil:</b>		
Soltero	100	86.2
Casado	13	11.2
Unión libre	2	1.7
Divorciado	1	0.9
<b>Residencia:</b>		
Monterrey	83	71.6
Guadalupe	13	11.2
San Nicolás	10	8.6
San Pedro	4	3.4
Apodaca	3	2.6
Otras	3	2.6
<b>Religión:</b>		
Católica	76	65.5
Cristiana	10	8.6
Ninguna	30	25.9

n=116

## **6.2. Datos de educación médica de los encuestados**

En la Tabla 2 se describen las características generales de la educación médica de los encuestados, 81 .9% egresados de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Sobre las especialidades en curso de los encuestados 26.7% se encuentran realizando su especialidad en Medicina Interna, 21.6% en Pediatría, 20.7% en Psiquiatría, 12.1% en Medicina Familiar, 9.5% en Cirugía General, y 9.5% en Ginecología.

Con respecto al año de especialidad en el que se encuentran, 34.5% cursan el primer año de residencia, seguido por 27.6% que cursan el segundo año, 21.6% que cursan el tercer año de residencia, 13.8% cursan el cuarto año y 2.6% cursan el quinto año.

El 100% de los encuestados recibió entrenamiento en el área clínica, 6.9% contaban con otro tipo de estudios, de los que predomina 2.6% con carrera técnica en enfermería y 1.8% con licenciatura en psicología.



**TABLA 2.1. Características de la educación médica**

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Universidad de egreso:</b>		
UANL	95	81.9
ITESM	7	6
UDEM	6	5.2
Otra	8	6.9
<b>Especialidad:</b>		
Medicina Familiar	14	12.1
Medicina Interna	31	26.7
Cirugía General	11	9.5
Pediatría	25	21.6
Ginecología	11	9.5
Psiquiatría	24	20.7
<b>Año de residencia:</b>		
Primero	40	34.5
Segundo	32	27.6
Tercero	25	21.6
Cuarto	16	13.8
Quinto	3	2.6
<b>Recibió entrenamiento en el área clínica:</b>		
Sí	116	100.0
<b>Otro tipo de estudios:</b>		
Sí	8	6.9
No	114	93.1
<b>Otros estudios previos a medicina:</b>		
Lic. En Psicología	2	1.8
Lic. Relaciones Internacionales	1	0.9
Técnico en Enfermería	3	2.6
Técnico en Embalsamiento	1	0.9

n=116

### **6.3. Seguridad en competencias clínicas**

Al valorar los seis dominios de las competencias de seguridad propuestas por el Instituto Canadiense de Seguridad en el Paciente se encontró que en cada una de estas competencias, la mayoría de los médicos residentes se sienten seguros en el manejo de la seguridad del paciente tanto en el salón de clases como en el área clínica.

Se obtuvieron promedios de los reactivos que valoran cada competencia, encontrando, puntajes más altos en el área clínica que en el salón de clases (Tabla 3.1.)

Destaca la tercera competencia: comunicarse eficazmente para la seguridad del paciente, como el área en la que los residentes perciben mayor seguridad teórica y clínica. En el aspecto teórico, la cuarta competencia: gestionar los riesgos de seguridad, fue donde los residentes sintieron menor seguridad; en cambio en el aspecto clínico expresaron menor seguridad en la segunda competencia: trabajo en equipos para la seguridad del paciente.

En las siguientes tablas se presentan los reactivos que valoran cada competencia y la seguridad en su manejo por parte de los médicos.

**TABLA 3.1. Porcentaje de acuerdo en las áreas teórica y clínica por competencia**

<b>Competencia</b>	<b>Salón de clases</b>	<b>Área Clínica</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Contribuir a una cultura de seguridad del paciente.	72.4	77.4
Trabajo en equipos para la seguridad del paciente.	69.6	75.2
Comunicarse eficazmente para la seguridad del paciente.	81.8	87.0
Gestionar los riesgos de seguridad.	68.7	80.7
Optimizar los factores humanos y ambientales.	75.5	77.3
Reconocer, responder y divulgar eventos adversos.	72.6	78.6

**n=116**

**TABLA 3.2. Contribuir a una cultura de seguridad del paciente.**

Pregunta	Salón de clases						Área Clínica					
	Desacuerdo		Neutral		Acuerdo		Desacuerdo		Neutral		Acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Complejidad atención de la salud	7	6.0	22	19.0	<b>87</b>	<b>75.0</b>	2	1.7	22	19.0	<b>92</b>	<b>79.3</b>
Actitud de cuestionamiento	4	3.4	20	17.2	<b>92</b>	<b>79.3</b>	4	3.4	16	13.8	<b>96</b>	<b>82.8</b>
Ambiente de apoyo	4	3.4	33	28.4	<b>79</b>	<b>68.1</b>	7	6.0	21	18.1	<b>88</b>	<b>75.9</b>
Naturaleza de los sistemas	11	9.5	27	23.3	<b>78</b>	<b>67.2</b>	4	3.4	29	25.0	<b>83</b>	<b>71.6</b>

n=116

**TABLA 3.3. Trabajo en equipos para la seguridad del paciente.**

Pregunta	Salón de clases						Área Clínica					
	Desacuerdo		Neutral		Acuerdo		Desacuerdo		Neutral		Acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dinámica del equipo de trabajo y diferencias de poder	7	6.0	24	20.7	<b>85</b>	<b>73.3</b>	8	6.9	17	14.7	<b>91</b>	<b>78.4</b>
Manejo de conflictos interpersonales	12	10.3	28	24.1	<b>76</b>	<b>65.5</b>	11	9.5	25	21.6	<b>80</b>	<b>69.0</b>
Interrogando y apoyando a los miembros del equipo después de un evento adverso	14	12.1	24	20.7	<b>78</b>	<b>67.2</b>	11	9.5	19	16.4	<b>6</b>	<b>74.1</b>
Involucrar a los pacientes en la atención a la salud	13	11.2	21	18.1	<b>82</b>	<b>70.7</b>	8	6.9	17	14.7	<b>91</b>	<b>78.4</b>
Compartir liderazgo, y toma de decisiones.	8	6.9	24	20.7	<b>84</b>	<b>72.4</b>	10	8.6	21	18.1	<b>85</b>	<b>73.3</b>
Animar a los miembros a abordar cuestiones de seguridad.	13	11.2	23	19.8	<b>80</b>	<b>69.0</b>	12	10.3	13	11.2	<b>91</b>	<b>78.4</b>

n=116

**TABLA 3.4. Comunicarse eficazmente para la seguridad del paciente.**

Pregunta	Salón de clases						Área Clínica					
	Desacuerdo		Neutral		Acuerdo		Desacuerdo		Neutral		Acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Comunicación clara y consistente con los pacientes	2	1.7	12	10.3	<b>102</b>	<b>87.9</b>	2	1.7	6	5.2	<b>108</b>	<b>93.1</b>
Comunicación efectiva con proveedores de atención médica	5	4.3	22	19.0	<b>89</b>	<b>76.7</b>	6	5.2	11	9.5	<b>99</b>	<b>85.3</b>
Comunicación verbal y no verbal para prevenir eventos adversos	9	7.8	13	11.2	<b>94</b>	<b>81.0</b>	6	5.2	14	12.1	<b>96</b>	<b>82.8</b>

n=116

**TABLA 3.5. Gestionar los riesgos de seguridad.**

Pregunta	Salón de clases						Área Clínica					
	Desacuerdo		Neutral		Acuerdo		Desacuerdo		Neutral		Acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Reconocer situaciones en las que pueden surgir problemas de seguridad.	6	5.2	29	25.0	<b>81</b>	<b>69.8</b>	5	4.3	12	10.3	<b>99</b>	<b>85.3</b>
Identificar e implementar soluciones de seguridad.	10	8.6	31	26.7	<b>75</b>	<b>64.7</b>	10	8.6	20	25.9	<b>86</b>	<b>74.1</b>
Anticipar y gestionar situaciones de alto riesgo.	13	11.2	20	17.2	<b>83</b>	<b>71.6</b>	12	10.3	8	6.9	<b>96</b>	<b>82.8</b>

n=116

**TABLA 3.6. Optimizar los factores humanos y ambientales.**

Pregunta	Salón de clases						Área Clínica					
	Desacuerdo		Neutral		Acuerdo		Desacuerdo		Neutral		Acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Factores humanos que afectan la seguridad del paciente.	5	4.3	20	17.2	<b>91</b>	<b>78.4</b>	4	3.4	20	17.2	<b>92</b>	<b>79.3</b>
Aplicación segura de la tecnología para la salud.	7	6.0	21	18.1	<b>88</b>	<b>75.9</b>	5	4.3	23	19.8	<b>88</b>	<b>75.9</b>
Factores ambientales que afectan la seguridad del paciente.	13	11.2	19	16.4	<b>84</b>	<b>72.4</b>	7	6.0	20	17.2	<b>89</b>	<b>76.7</b>

n=116



**TABLA 3.7. Reconocer, responder y divulgar eventos adversos.**

Pregunta	Salón de clases						Área Clínica					
	Desacuerdo		Neutral		Acuerdo		Desacuerdo		Neutral		Acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Reconocer un evento adverso o situación de peligro.	6	5.2	22	19.0	<b>88</b>	<b>75.9</b>	3	2.6	12	10.3	<b>101</b>	<b>79.3</b>
Reducir los daños al abordar los riesgos inmediatos para los pacientes	11	9.5	19	16.4	<b>85</b>	<b>73.3</b>	5	4.3	21	18.1	<b>89</b>	<b>76.7</b>
Revelar los eventos adversos al paciente	18	15.5	22	19.0	<b>75</b>	<b>64.7</b>	10	8.6	13	11.2	<b>92</b>	<b>79.3</b>
Participar en el análisis oportuno de eventos, la práctica reflexiva y la planificación con el fin de prevenir la recurrencia	10	8.6	16	13.8	<b>89</b>	<b>76.7</b>	9	7.8	14	12.1	<b>92</b>	<b>79.3</b>

n=116

#### **6.4. Abordaje de problemas más amplios de seguridad del paciente en la educación profesional de la salud.**

La segunda sección del cuestionario H-PEPSS valora qué tanto se abordan las cuestiones de seguridad de los pacientes en la educación de profesionales de la salud; en los resultados de esta sección encontramos como datos relevantes que el 69% de los encuestados piensa que tuvieron suficiente oportunidad para aprender e interactuar con miembros de equipos interdisciplinarios en el salón de clases, lo cual contrasta con el 21.6% que tuvo una opinión neutral en este reactivo. Se encontró una similitud entre la seguridad en el salón de clases y el área clínica en la mayoría de las preguntas realizadas.

**TABLA 4.1. Abordaje de problemas más amplios de seguridad del paciente en la educación profesional de la salud.**

Pregunta	Salón de clases						Área Clínica					
	Desacuerdo		Neutral		Acuerdo		Desacuerdo		Neutral		Acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Como estudiante, el alcance de lo que era "seguro" hacer en el entorno de la práctica era muy claro para mí.	13	11.2	16	13.8	<b>87</b>	<b>75.0</b>	8	6.9	19	16.4	<b>88</b>	<b>75.9</b>
Consistencia en el manejo de problemas de seguridad en el aula y en el entorno clínico.	12	10.3	21	18.1	<b>83</b>	<b>71.6</b>	12	10.3	22	19.0	<b>82</b>	<b>70.7</b>
Oportunidad para aprender e interactuar con miembros de equipos interdisciplinarios.	11	9.5	25	21.6	<b>80</b>	<b>69.0</b>	9	7.8	17	14.7	<b>90</b>	<b>77.6</b>
Comprensión de que la presentación de informes de eventos adversos puede llevar al cambio y puede reducir la recurrencia de los acontecimientos	4	3.4	17	14.7	<b>95</b>	<b>81.9</b>	10	8.6	12	10.3	<b>94</b>	<b>81.0</b>

n=116

**TABLA 4.1. Continúa**

Pregunta	Salón de clases						Área Clínica					
	Desacuerdo		Neutral		Acuerdo		Desacuerdo		Neutral		Acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
La seguridad del paciente estaba bien integrada en el programa general.	10	8.6	12	10.3	<b>94</b>	<b>81.0</b>	4	3.4	19	16.4	<b>93</b>	<b>80.2</b>
Los aspectos clínicos de la seguridad del paciente fueron bien cubiertos en nuestro programa	10	8.6	17	14.7	<b>89</b>	<b>76.7</b>	7	6.0	20	17.2	<b>89</b>	<b>76.7</b>
Los aspectos del "sistema" de seguridad del paciente estaban bien cubiertos en nuestro programa	11	9.5	23	19.8	<b>82</b>	<b>70.7</b>	8	6.9	21	18.1	<b>87</b>	<b>75.0</b>

n=116

### **6.5. Comodidad al hablar de seguridad de los pacientes.**

La tercera sección del cuestionario H-PEPSS valora la comodidad de los médicos especialistas al hablar de seguridad de los pacientes, encontramos que 14.7% estuvieron en desacuerdo y 21.6% neutral con respecto a que la discusión en torno a eventos adversos se centra principalmente en cuestiones relacionadas con el sistema, en lugar de centrarse en el(los) individuo(s) más responsable(s) del evento.

Un 51.7% de los encuestados considera que informar sobre un problema de seguridad del paciente tendrá repercusiones negativas para la persona que lo reporte, y sólo un 61.2% de los encuestados se siente seguro de acercarse a alguien involucrado en prácticas de cuidado inseguras en el entorno clínico.

**TABLA 5.1. Comodidad al hablar de seguridad de los pacientes.**

Pregunta	Salón de clases			Área Clínica		
	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
En los contextos clínicos, la discusión en torno a los eventos adversos se centra principalmente en cuestiones relacionadas con el sistema, en lugar de centrarse en el(los) individuo(s) más responsable(s) del evento.	19    16.4	28    24.1	<b>69   59.5</b>	17    14.7	25    21.6	<b>74   63.8</b>
En situaciones clínicas, informar sobre un problema de seguridad del paciente tendrá repercusiones negativas para la persona que lo reporte.	35    30.2	25    21.6	<b>56   48.3</b>	30    25.9	26    22.4	<b>60   51.7</b>
Si veo a alguien involucrado en prácticas de cuidado inseguras en el entorno clínico, me siento seguro(a) de acercarme a ellos.	24    20.7	30    25.9	<b>62   53.4</b>	24    20.7	21    18.1	<b>71   61.2</b>

n=116

## 6.6 Cruces de datos

Se realizó cruce de variables de características sobre la educación médica de los estudiantes de posgrado y los reactivos incluidos en la encuesta H-PEPSS, enfocándose en la especialidad que cursan y grado de residencia en el que se encuentran.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el grado que cursan los médicos especialistas y distintas variables, entre ellas:

- Identificar e implementar soluciones de seguridad en el área clínica y grado de residencia, a menor grado de residencia, mayor seguridad ( $p=0.010$ ) en el reconocimiento de situaciones rutinarias en las que pueden surgir problemas de seguridad (Tabla 6.1).
- A menor grado de residencia, mayor acuerdo ( $p=0.052$ ) sobre la importancia de un ambiente de apoyo que aliente a pacientes y proveedores a hablar cuando tienen preocupaciones de seguridad en el área clínica (Tabla 6.2).
- A menor grado de residencia, mayor seguridad ( $p=0.009$ ) para acercarse a personas involucradas en prácticas de cuidado inseguras en el entorno clínico y grado de residencia (Tabla 6.3).

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la especialidad que realizan los médicos especialistas y distintas variables, entre ellas:

- Los residentes de medicina interna se sienten más seguros que el resto de las especialidades encuestadas ( $p=0.018$ ) sobre la

cobertura de aspectos del sistema de seguridad del paciente por el programa teórico (Tabla 6.4).

- Los residentes de medicina interna ( $p=0.001$ ) están de acuerdo en sentirse seguros de lo que han aprendido sobre las prácticas seguras de medicamentos en relación con el resto de los residentes de otras especialidades y también en prácticas seguras de medicamentos en el área clínica (Tabla 6.5).
- Los residentes de medicina interna se sienten más seguros tanto en el salón de clases ( $p=0.013$ ) como en el área clínica ( $p=0.016$ ) que el resto de los residentes de otras especialidades sobre sus habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir efectos adversos en el salón de clases (Tabla 6.6 y Tabla 6.7).
- Los residentes de medicina interna se sienten más seguros en el salón de clases ( $p=0.013$ ) y el área clínica ( $p=0.003$ ) para compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones en el salón de clases que el resto de las especialidades encuestadas (Tabla 6.8 y Tabla 6.9).



**Tabla 6.1. Relación entre identificar e implementar soluciones de seguridad en el área clínica y grado de residencia**

Pregunta			Residente/Año				
			Residente de Primer año	Residente de segundo año	Residente de tercer año	Residente de cuarto año	Residente de quinto año
Reconocer situaciones y situaciones rutinarias en las que pueden surgir problemas de seguridad (Área clínica)	Desacuerdo	<i>f</i>	1	8	1	0	0
		<i>% dentro de reactivo</i>	10.0	80.0	10.0	0.0	0.0
		<i>% dentro de Residente/Año</i>	2.5	25.0	4.0	0.0	0.0
	Neutral	<i>f</i>	14	5	9	2	1
		<i>% dentro de Soluciones clases</i>	45.2	16.1	29.0	6.5	3.2
		<i>% dentro de Residente/Año</i>	35.0	15.6	36.0	12.5	33.3
	Acuerdo	<i>f</i>	<b>25</b>	19	15	14	2
		<i>% dentro de Soluciones clases</i>	<b>33.3</b>	25.3	20.0	18.7	2.7
		<i>% dentro de Residente/Año</i>	<b>62.5</b>	59.4	60.0	87.5	66.7

n=116. p<0.01

**Tabla 6.2. Relación entre importancia de un ambiente de apoyo en el área clínica y grado de residencia**

Pregunta			Residente/Año				
			Residente de primer año	Residente de segundo año	Residente de tercer año	Residente de cuarto año	Residente de quinto año
La importancia de un ambiente de apoyo que aliente a pacientes y proveedores a hablar cuando tienen preocupaciones de seguridad (Área clínica)	Desacuerdo	<i>f</i>	1	2	4	0	0
		<i>% dentro de reactivo</i>	14.3	28.6	57.1	0.0	0.0
		<i>% dentro de Residente/Año o</i>	2.5	6.2	16.0	0.0	0.0
	Neutral	<i>f</i>	6	11	3	1	0
		<i>% dentro de Soluciones clases</i>	28.6	52.4	14.3	4.8	0.0
		<i>% dentro de Residente/Año o</i>	15.0	34.4	12.0	6.2	0.0
	Acuerdo	<i>f</i>	33	19	18	15	3
		<i>% dentro de Soluciones clases</i>	37.5	21.6	20.5	17.0	3.4
		<i>% dentro de Residente/Año o</i>	82.5	59.4	72.0	93.8	100.0

n=116. p<0.05

**Tabla 6.3. Relación entre seguridad para acercarse a personas involucradas en prácticas de cuidado inseguras en el entorno clínico y grado de residencia**

Pregunta			Residente/Año				
			Residente de Primer año	Residente de segundo año	Residente de tercer año	Residente de cuarto año	Residente de quinto año
Si veo a alguien involucrado en prácticas de cuidado inseguras en el entorno clínico, me siento seguro(a) de acercarme a ellos.	Desacuerdo	<i>f</i>	3	11	7	3	0
		% dentro de Veo clínica	12.5	45.8	29.2	12.5	0.0
		% dentro de Residente/Año	7.5	34.4	28.0	18.8	0.0
	Neutral	<i>f</i>	7	5	7	0	2
		% dentro de Veo clínica	33.3	23.8	33.3	0.0	9.5
		% dentro de Residente/Año	17.5	15.6	28.0	0.0	66.7
	Acuerdo	<i>f</i>	<b>30</b>	16	11	13	1
		% dentro de Veo clínica	<b>42.3</b>	22.5	15.5	18.3	1.4
		% dentro de Residente/Año	<b>75.0</b>	50.0	44.0	81.2	33.3

n=116. p<0.001

**Tabla 6.4. Relación entre especialidades y cobertura de aspectos del sistema de seguridad del paciente por el programa teórico**

Pregunta			Especialidad		
			Medicina Familiar	Medicina Interna	Cirugía General
Los aspectos del "sistema" de seguridad del paciente estaban bien cubiertos en nuestro programa (Salón de clases)	Desacuerdo	f	3	3	0
		% dentro de Sistemas salón	27.3	27.3	0.0
		% dentro de Especialidad	21.4	9.7	0.0
	Neutral	f	5	0	2
		% dentro de Sistemas salón	18.5	0.0	7.4
		% dentro de Especialidad	35.7	0.0	18.2
	Acuerdo	f	6	<b>28</b>	9
		% dentro de Sistemas salón	7.7	<b>35.9</b>	11.5
		% dentro de Especialidad	42.9	<b>90.3</b>	81.8

n=116. p<0.01

**Tabla 6.4. Continúa**

Pregunta			Especialidad		
			Pediatría	Ginecología	Psiquiatría
Los aspectos del "sistema" de seguridad del paciente estaban bien cubiertos en nuestro programa (Salón de clases)	Desacuerdo	Recuento	2	0	3
		% dentro de Sistemas salón	18.2	0.0	27.3
		% dentro de Especialidad	8.0	0.0	12.5
	Neutral	Recuento	10	3	7
		% dentro de Sistemas salón	37.0	11.1	25.9
		% dentro de Especialidad	40.0	27.3	29.2
	Acuerdo	Recuento	13	8	14
		% dentro de Sistemas salón	16.7	10.3	17.9
		% dentro de Especialidad	52.0	72.7	58.3

n=116. p<0.01

**Tabla 6.5. Relación entre especialidad y prácticas seguras de medicamentos en el área clínica**

Pregunta			Especialidad		
			Medicina Familiar	Medicina Interna	Cirugía General
Prácticas seguras de medicamentos en el área clínica	Desacuerdo	f	2	0	0
		% dentro de Medicamentos clínica	100.0	0.0	0.0
		% dentro de Especialidad	14.3	0.0	0.0
	Neutral	f	4	1	1
		% dentro de Medicamentos clínica	21.1	5.3	5.3
		% dentro de Especialidad	28.6	3.2	9.1
	Acuerdo	f	8	<b>30</b>	10
		% dentro de Medicamentos clínica	8.4	<b>31.6</b>	10.5
		% dentro de Especialidad	57.1	<b>96.8</b>	90.9

n=116. p<0.0001

**Tabla 6.5. Continúa**

Pregunta			Especialidad		
			Pediatría	Ginecología	Psiquiatría
Prácticas seguras de medicamentos en el área clínica	Desacuerdo	f	0	0	0
		% dentro de Medicamentos clínicos	0.0	0.0	0.0
		% dentro de Especialidad	0.0	0.0	0.0
	Neutral	f	8	4	1
		% dentro de Medicamentos clínicos	42.1	21.1	5.3
		% dentro de Especialidad	32.0	36.4	4.2
	Acuerdo	f	17	7	23
		% dentro de Medicamentos clínicos	17.9	7.4	24.2
		% dentro de Especialidad	68.0	63.6	95.8

n=116. p<0.0001

**Tabla 6.6. Relación entre especialidad y habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir efectos adversos en el salón de clases**

Pregunta			Especialidad		
			Medicina Familiar	Medicina Interna	Cirugía General
Habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir efectos adversos en el salón de clases	Desacuerdo	f	5	1	0
		% dentro de Habilidades salón	55.6	11.1	0.0
		% dentro de Especialidad	35.7	3.2	0.0
	Neutral	f	1	3	1
		% dentro de Habilidades salón	7.7	23.1	7.7
		% dentro de Especialidad	7.1	9.7	9.1
	Acuerdo	f	8	<b>27</b>	10
		% dentro de Habilidades salón	8.5	<b>28.7</b>	10.6
		% dentro de Especialidad	57.1	<b>87.1</b>	90.9

n=116. p<0. 01



**Tabla 6.6. Continúa**

Pregunta			Especialidad		
			Pediatría	Ginecología	Psiquiatría
Habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir efectos adversos en el salón de clases	Desacuerdo	f	0	1	2
		% dentro de Habilidades salón	0.0	11.1	22.2
		% dentro de Especialidad	0.0	9.1	8.3
	Neutral	f	5	0	3
		% dentro de Habilidades salón	38.5	0.0	23.1
		% dentro de Especialidad	20.0	0.0	12.5
	Acuerdo	f	20	10	19
		% dentro de Habilidades salón	21.3	10.6	20.2
		% dentro de Especialidad	80.0	90.9	79.2

n=116.  $p<0.01$

**Tabla 6.7. Relación entre especialidad y habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir efectos adversos en el área clínica**

Pregunta			Especialidad		
			Medicina Familiar	Medicina Interna	Cirugía General
Habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir efectos adversos en el área clínica	Desacuerdo	f	3	1	0
		% dentro de Habilidades área clínica	50.0	16.7	0.0
		% dentro de Especialidad	21.4	3.2	0.0
	Neutral	f	2	1	0
		% dentro de Habilidades área clínica	14.3	7.1	0.0
		% dentro de Especialidad	14.3	3.2	0.0
	Acuerdo	f	9	29	11
		% dentro de Habilidades área clínica	9.4	30.2	11.5
		% dentro de Especialidad	64.3	93.5	100.0

n=116. p<0.01

**Tabla 6.7. Continúa**

Pregunta			Especialidad		
			Pediatría	Ginecología	Psiquiatría
Habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir efectos adversos en el área clínica	Desacuerdo	f	0	1	1
		% dentro de Habilidades área clínica	0.0	16.7	16.7
		% dentro de Especialidad	0.0	9.1	4.2
	Neutral	f	7	0	4
		% dentro de Habilidades área clínica	50.0	0.0	28.6
		% dentro de Especialidad	28.0	0.0	16.7
	Acuerdo	f	18	10	19
		% dentro de Habilidades área clínica	18.8	10.4	19.8
		% dentro de Especialidad	72.0	90.9	79.2

n=116. p<0.01

**Tabla 6.8. Relación entre especialidad y seguridad para compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones en el salón de clases**

Pregunta			Especialidad		
			Medicina Familiar	Medicina Interna	Cirugía General
Compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones (Salón de clases)	Desacuerdo	f	3	0	0
		% dentro de liderazgo salón de clases	37.5	0.0	0.0
		% dentro de Especialidad	21.4	0.0	0.0
	Neutral	f	2	8	0
		% dentro de liderazgo salón de clases	8.3	33.3	0.0
		% dentro de Especialidad	14.3	25.8	0.0
	Acuerdo	f	9	<b>23</b>	11
		% dentro de liderazgo salón de clases	10.7	<b>27.4</b>	13.1
		% dentro de Especialidad	64.3	<b>74.2</b>	100.0

n=116. p<0.01

**Tabla 6.8. Continúa**

Pregunta			Especialidad		
			Pediatría	Ginecología	Psiquiatría
Compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones (Salón de clases)	Desacuerdo	f	0	0	5
		% dentro de liderazgo salón de clases	0.0	0.0	62.5
		% dentro de Especialidad	0.0	0.0	20.8
	Neutral	f	6	2	6
		% dentro de liderazgo salón de clases	25.0	8.3	25.0
		% dentro de Especialidad	24.0	18.2	25.0
	Acuerdo	f	19	9	13
		% dentro de liderazgo salón de clases	22.6	10.7	15.5
		% dentro de Especialidad	76.0	81.8	54.2

n=116. p<0.01

**Tabla 6.9. Relación entre especialidad y seguridad para compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones en el área clínica**

Pregunta			Especialidad		
			Medicina Familiar	Medicina Interna	Cirugía General
Compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones (Área Clínica)	Desacuerdo	f	4	0	0
		% dentro de liderazgo clínica	40.0	0.0	0.0
		% dentro de Especialidad	28.6	0.0	0.0%
	Neutral	f	2	4	1
		% dentro de liderazgo clínica	9.5	19.0	4.8
		% dentro de Especialidad	14.3	12.9	9.1
	Acuerdo	f	8	<b>27</b>	10
		% dentro de liderazgo clínica	9.4	<b>31.8</b>	11.8
		% dentro de Especialidad	57.1	<b>87.1</b>	90.9

n=116 p<0.001

**Tabla 6.9. Continúa**

Pregunta			Especialidad		
			Pediatría	Ginecología	Psiquiatría
Compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones (Área Clínica)	Desacuerdo	f	0	0	6
		% dentro de liderazgo salón de clases	0.0	0.0	60.0
		% dentro de Especialidad	0.0	0.0	25.0
	Neutral	f	6	2	6
		% dentro de liderazgo salón de clases	28.6	9.5	28.6
		% dentro de Especialidad	24.0	18.2	25.0
	Acuerdo	f	19	9	12
		% dentro de liderazgo salón de clases	22.4	10.6	14.1
		% dentro de Especialidad	76.0	81.8	50.0

n=116 p<0.001

## **CAPÍTULO VII**

### **DISCUSIÓN**

A medida que aumentan los esfuerzos por incluir la seguridad del paciente en la educación de profesionales de la salud, es importante captar las perspectivas de los médicos especialistas en formación sobre su propio conocimiento y competencia. La perspectiva del aprendiz de su propia confianza profesional es una de varias métricas clave para evaluar la efectividad de la educación médica.

Aunque nuestro estudio no valoró la percepción personal sobre los eventos adversos cometidos por los médicos, J. Saura-Llamas realizó un estudio en médicos residentes de medicina familiar y comunitaria donde encontró 96,3% piensa que es posible cometer errores y no ser conscientes de ello. El 70,3% cree que es cierto que pensamos que hemos cometido menos errores de los que se producen realmente <sup>(34)</sup>. Esto nos habla de la importancia de mejorar los programas existentes sobre seguridad del paciente debido a la frecuencia y percepción que tienen los médicos especialistas en formación sobre los errores cometidos.



Una de las principales limitaciones del estudio tiene que ver con la población en la que se realizó, la mayoría de los médicos residentes incluidos en el estudio realizaron sus estudios médicos en la Universidad Autónoma de Nuevo León y actualmente continúan sus estudios en la misma institución, esto podría restringir la validez externa de los resultados obtenidos.

Aun así, los resultados obtenidos coinciden con los realizados en otras instituciones, otros grupos de especialistas y otros entornos socioculturales.

En la mayoría de los estudios donde se realiza una intervención enfocada a mejorar el conocimiento sobre seguridad del paciente se encontró una recepción positiva por parte de los alumnos, lo cual lleva a comportamientos positivos y posteriormente a un mayor compromiso con la mejora de proyectos sobre seguridad del paciente <sup>(38)</sup>. Esto coincide con la valoración en su mayoría positiva que se obtuvo en nuestro estudio sobre la enseñanza de temas sobre seguridad del paciente en nuestro hospital, donde la mayoría de los encuestados estuvo de acuerdo con la enseñanza y aplicación de temas de seguridad del paciente.

Similar al estudio realizado por R. Rodríguez-Cogollo en médicos residentes de medicina familiar y comunitaria de España <sup>(37)</sup>, encontramos diferencias significativas según el año de residencia en las competencias de cultura de seguridad y manejo de riesgos de seguridad.

En el año 2012, Doyle, P. aplicó una versión reducida del cuestionario H-PEPSS a estudiantes de medicina y médicos especialistas en formación en Canadá <sup>(40)</sup>; al valorar las seis competencias de seguridad en médicos especialistas, encontró que la mayoría de los residentes reportaron mayor confianza en el área clínica que teórica así como en la tercera competencia: comunicación efectiva para la seguridad del paciente; encontraron que sólo un 39% de los médicos en especialización estuvo de acuerdo con que hay consistencia en el manejo de problemas de seguridad en el aula y en el entorno clínico, en nuestro estudio un 70% estuvo de acuerdo con el mismo reactivo, aunque los porcentajes varían considerablemente, este fue el aspecto con menor porcentaje de acuerdo, lo que nos habla de una similitud en la percepción de los médicos. Sobre la comodidad al hablar de seguridad de los pacientes, encontraron que el 59% piensa que tendrá la persona que reporte un problema de seguridad tendrá repercusiones negativas, lo cual es similar a lo encontrado en nuestro estudio con un 59% en acuerdo con este reactivo. La similitud en estos estudios. Esto coincide con los resultados obtenidos en nuestro estudio probablemente debido a la similitud en el tamaño de muestra y a la población en la que se realizó.

Al realizar los cruces de variables se esperaba encontrar mayor seguridad conforme los médicos avanzan en su educación, contrario a esto se observó mayor seguridad en algunos aspectos de la seguridad del paciente en los menores grados de residencia; esto se podría asociar a que los residentes de

primer año de residencia realizan un curso introductorio donde se abordan estos temas, posteriormente no se llevan cursos o materias enfocadas a la seguridad del paciente o calidad de atención, estos aspectos son aprendidos en la práctica clínica.

Encontramos diferencias significativas al realizar cruce de variable de algunos aspectos de la seguridad del paciente con la especialidad que cursan los médicos residentes, todas estas relacionadas a una mayor seguridad de los médicos internistas con prácticas seguras de medicamentos en el área clínica, habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal, y compartir autoridad, liderazgo y toma de decisiones; esto puede estar relacionado con las actividades intrahospitalarias realizadas por los médicos internistas.

No aumentó la confianza con los años de entrenamiento médico, al contrario, los residentes de menor grado sienten mayor confianza en algunos aspectos de la seguridad del paciente como identificar e implementar soluciones de seguridad en el área clínica, acercarse a personas involucradas en prácticas de cuidado inseguras, e importancia de un ambiente de apoyo que aliente a pacientes y proveedores de salud a hablar cuando tienen preocupaciones de seguridad en el área clínica.

## **CAPÍTULO VIII**

### **CONCLUSIONES**

El principal objetivo de este estudio fue valorar la percepción de los estudiantes de posgrado del Hospital Universitario sobre la manera en que la seguridad del paciente es abordada en las áreas teórica y clínica de la institución, siendo este uno de los primeros estudios en nuestro entorno sociocultural ya que existen pocos estudios que hayan explorado la integración de la seguridad del paciente dentro del currículo médico y se ha encontrado muy poco dentro del material educativo <sup>(34) (35) (36) (37) (38)</sup>.

La herramienta de nuestro estudio, el cuestionario H-PEPSS, nos permite valorar la percepción de los médicos en aspectos socioculturales de la seguridad del paciente en tres secciones:

1. Aprendizaje sobre contenido de áreas específicas de seguridad del paciente.
2. Abordaje de problemas más amplios de seguridad del paciente en la educación profesional de la salud.
3. Comodidad al hablar de seguridad de los pacientes.

Los resultados obtenidos en la primera sección nos permiten identificar áreas de fortaleza y oportunidad en la enseñanza de mejores prácticas en torno a la seguridad del paciente. Observamos una mayor seguridad en temas relacionados con la comunicación efectiva para la seguridad del paciente tanto de manera teórica como práctica; esta competencia puede ser empleada como eje para mejorar el resto de las competencias. La principal área de oportunidad en el aspecto teórico es la gestión de riesgos de seguridad, y en el aspecto clínico el trabajo en equipos para la seguridad del paciente.

En el abordaje de problemas más amplios de seguridad del paciente en la educación profesional de la salud se observó un mayor acuerdo en la comprensión de que la presentación de informes de eventos adversos puede llevar al cambio y puede reducir la recurrencia de los acontecimientos en las áreas teórica y clínica, lo cual aunque nos da un panorama positivo para la mejora por medio de la identificación de eventos adversos contrasta con lo encontrado en la siguiente sección de la encuesta, la cual valora la percepción sobre la comodidad al hablar de seguridad de los pacientes, aquí se encontró que la mitad de los encuestados piensa que el informar sobre un problema de seguridad del paciente tendrá una repercusión negativa; esto nos podría indicar que la baja cantidad de reportes de eventos adversos están relacionados al temor de padecer repercusiones negativas.

Los resultados de esta última sección dan luz a un aspecto fundamental para la mejora de los programas educativos ya que es esencial que los alumnos se

sientan cómodos al hablar de seguridad del paciente en el salón de clases y en el área clínica para identificar áreas de oportunidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **REFERENCIAS**

1. Montaudon Tomas, C. (2004). Historia de la calidad mundial: la evolución de las ideas en la gestión de la calidad. Puebla, Pue.: Universidad Iberoamericana Puebla; [Tlaquepaque, Jal.]: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, 2004.
2. Rodríguez MCC, Rodríguez DR. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Rev Univ La Salle. 2009;0(48):80–99.
3. Evans J, Lindsay W. Administración y control de la calidad. 2014. 697 p.
4. Olivares-Olivares SL, Garza-Cruz A, Valdez-García JE. Etapas del modelo incremental de calidad: un análisis de las escuelas de medicina en México. Investig en Educ Médica [Internet]. 2016;5(17):24–31. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505715000435>

5. Dahlgaard-Park SM. The quality movement: Where are you going? *Total Qual Manag Bus Excell.* 2011;22(5):493–516.
6. Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23 ed. Madrid, España.
7. ISO 9000:2015 (Organización Internacional de Normalización). *Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada)*. Ginebra: ISO; 2015.
8. Donabedian, A., Frenk J. Criterios y métodos de evaluación de la calidad asistencial. *Rev Calid Asist.* 2001;16:28–37.
9. González Medécigo, L. E., & Gallardo Díaz, E. G. (2012). Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 13(8), 1–15.
10. World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. *J Am Med Assoc.* 2006;267:1–50.
11. Committee on Quality of Health Care in, A., & Institute of, M. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academies Press.



12. Miranda M, Navarrete L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev Chil Infectología [Internet]. 2008;25(1):54–7. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v25n1/art11.pdf>
13. Neuhauser D. Ernest Amory Codman MD. Qual Saf Health Care. 2002;11(1):104–5
14. Chun J, Bafford AC. History and background of quality measurement. Clin Colon Rectal Surg. 2014;27(1):5–9.
15. The Joint Commission. (2014). The Joint Commission: Over a century of quality and safety, 1970– 1979.
16. Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly, 44(No. 3, Pt. 2), 166–203. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
17. Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. A. N. M., Ph, D., Hebert, L., Sc, D., ... Hiatt, H. H. (1991). Special Articles Incidence Of Adverse Events And Negligence In Hospitalized Patients Results of the Harvard Medical Practice Study I, (Appendix I), 370–376.
18. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err Is Human: Building a Safer Health System [monograph on the Internet]. Washington, D.C.: National Academies

Press; 2000. [cited November 20, 2017]. Available from: eBook Collection (EBSCOhost).

19. Okuyama A, Martowirono K, Bijnen B. Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*. 2011;20(11):991-1000

20. Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>

21. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017.

22. Secretaría de Salud. (2012). La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia.

23. Saisó, G. (2015). La calidad en la atención en Salud en México a través de sus instituciones. Retrieved from [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro\\_02.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf)

24. Consejo de Salubridad General (2016). Estándares para implementar el modelo en hospitales, 3era edición, México.

25. Emanuel L, Berwick D, Conway J. What exactly is patient safety? Adv Patient Saf [Internet]. 2008;1–18. Available from: [http://ahrq.hhs.gov/downloads/pub/advances2/vol1/AdvancesEmanuel-Berwick\\_110.pdf](http://ahrq.hhs.gov/downloads/pub/advances2/vol1/AdvancesEmanuel-Berwick_110.pdf)
26. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. New England Journal of Medicine. 1991;325(3):210-210.
27. WHO. Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. Oms [Internet]. 2009;1–160. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
28. Luengas, S. (2009). Conceptos y Análisis de Eventos Adversos. ViaSalud, 48, 6–16
29. Revista CONAMED, vol. 17, num. 2, abril-junio 2012, pags. 81-86 ISSN 1405-6704
30. Saisó G. La calidad en la atención en Salud en México a través de sus instituciones. [Internet]. Primera Ed. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, editor. Ciudad de México; 2012. 257pg p. Available from: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro\\_02.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf)

31. Baker GR. Harvard medical practice study. Qual Saf Heal Care. 2004;13(2):151–2
32. Martínez-Ozuna G, Santos-Guzmán J. Cultura de seguridad del paciente en estudiantes de pregrado en ciencias de la salud. Revista de Calidad Asistencial. 2014;29(5):292-293.
33. Daker-White G, Hays R, McSharry J, Giles S, Cheraghi-Sohi S, Rhodes P et al. Blame the Patient, Blame the Doctor or Blame the System? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies of Patient Safety in Primary Care. PLOS ONE. 2015;10(8):e0128329.
34. Saura-Llamas J, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, Gómez-Portela J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2011;37(6):280-286.
35. Castañeda-Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas J, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. Ciencia y enfermería. 2013;19(2):77-88.

36. Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo M. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Atención Primaria*. 2017;49(6):343-350.
37. Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado I, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar J, Castán-Ruiz S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014;29(3):143-149.
38. Kirkman M, Sevdalis N, Arora S, Baker P, Vincent C, Ahmed M. The outcomes of recent patient safety education interventions for trainee physicians and medical students: a systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(5):e007705-e007705.
39. Frank JR, Brien S, (Editors) on behalf of The Safety Competencies Steering Committee. *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008.
40. Doyle P, VanDenKerkhof E, Edge D, Ginsburg L, Goldstein D. Self-reported patient safety competence among Canadian medical students and postgraduate trainees: a cross-sectional survey. *BMJ Quality & Safety*. 2015;24(2):135-141.

## ANEXOS

### Anexo 1. Encuesta de educación de los profesionales de la salud sobre seguridad del paciente (H-PEPSS)

#### Educación de los profesionales de la salud sobre seguridad del paciente (H-PEPSS)

Las seis áreas de competencia de seguridad del paciente:

1. Contribuir a la cultura sobre seguridad del paciente.
2. Trabajar en equipos para la seguridad del paciente.
3. Comunicarse efectivamente para la seguridad del paciente.
4. Manejar los riesgos en seguridad.
5. Optimizar los factores humanos y del medio ambiente.
6. Reconocer, responder y revelar los efectos adversos.

#### *Health Professional Education in Patient Safety Survey*

##### **(H-PEPSS)** Instrucciones para el Cuestionario:

1. Toma aproximadamente 12 minutos para completar la encuesta.
2. Esta encuesta valora la **perspectiva de los estudiantes** en la profesión de la salud de una manera en la que la seguridad del paciente es abordada en la educación médica.
3. Esta encuesta pregunta sobre **aspectos de seguridad clínica** (ej. higiene de manos, transferencia de pacientes, seguridad en la medicación) y sobre **aspectos del sistema que afectan la seguridad** (ej. aspectos de la organización, manejo, o medio ambiente laboral incluyendo políticas, recursos, comunicación y otros procesos).
4. Esta encuesta busca sus **percepciones** y **opiniones** solamente. No existen respuestas correctas o erróneas. Indican la extensión en la cual usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las preguntas. Si usted no está seguro en si está de acuerdo en desacuerdo, marque "neutral".
5. Esta encuesta es completamente **anónima**. Nadie sabrá si usted ha elegido participar o no ni cuáles son sus respuestas a las preguntas. El completar esta encuesta es completamente de forma voluntaria, deseamos y esperamos que tome esta oportunidad para ayudar a obtener la perspectiva de los estudiantes en este importante tema.

**Seguridad del paciente:** La búsqueda de la reducción y mitigación de actos no seguros dentro del sistema de salud, así como el uso de las mejores prácticas demuestran que conducen a resultados óptimos de atención al paciente.

### SECCIÓN 1: Aprendizaje sobre contenido de áreas específicas de seguridad del paciente.

Aquí le preguntamos acerca de 7 áreas que tienen que ver con mantener a los pacientes seguros. Nos gustaría saber hasta qué punto se siente confiado acerca de lo que aprendió en cada una de estas áreas. Le pedimos que piense en sus experiencias en el aula y en la práctica clínica- y las evalúe por separado.

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo
	...en el salón de clases					...en el área clínica				
<b>Seguridad clínica:</b> "Me siento seguro de lo que he aprendido sobre..."										
1. práctica clínica segura en general.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. higiene de manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. control de infecciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. prácticas seguras de medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cultura de seguridad:</b> "Me siento seguro de lo que he aprendido sobre..."										
5. las formas en que la atención de la salud es compleja y tiene muchas vulnerabilidades (ej. diseño del lugar de trabajo, personal, tecnología, limitaciones humanas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. la importancia de tener una actitud de cuestionamiento y hablar cuando ves cosas que pueden ser inseguras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. la importancia de un ambiente de apoyo que aliente a pacientes y proveedores a hablar cuando tienen preocupaciones de seguridad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. la naturaleza de los sistemas (ej. los aspectos de la organización, manejo o el entorno de trabajo, incluidas las políticas, los recursos, la comunicación y otros procesos) y las fallas del sistema y su función en los eventos adversos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Trabajando en equipos con otros profesionales de la salud:</b> "Me siento seguro de lo que he aprendido sobre..."										
9. dinámica del equipo de trabajo y diferencias de autoridad/poder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. manejo de conflictos interpersonales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. interrogando y apoyando a los miembros del equipo después de un evento adverso o situación de peligro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. involucrar a los pacientes como un participante central en el equipo de atención de la salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. compartir autoridad, liderazgo, y toma de decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. animar a los miembros del equipo a hablar, cuestionar, desafiar, abogar y ser responsables como sea apropiado para abordar cuestiones de seguridad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	...en el salón de clases					...en el área clínica				
	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo
<b>Comunicarse efectivamente:</b> "Me siento seguro de lo que he aprendido sobre..."										
15. mejorar la seguridad del paciente a través de una comunicación clara y consistente con los pacientes.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
16. mejorar la seguridad del paciente a través de una comunicación efectiva con otros proveedores de atención médica.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
17. habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para prevenir eventos adversos.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
<b>Manejando riesgos de seguridad:</b> "Me siento seguro de lo que he aprendido sobre..."										
18. reconocer situaciones y situaciones rutinarias en las que pueden surgir problemas de seguridad.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
19. identificar e implementar soluciones de seguridad.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
20. anticipar y gestionar situaciones de alto riesgo.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
<b>Entendiendo factores humanos y del medio ambiente:</b> "Me siento seguro de lo que he aprendido sobre..."										
21. el papel de los factores humanos como la fatiga, la competencia que afectan la seguridad del paciente.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
22. aplicación segura de la tecnología para la salud.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
23. el papel de los factores ambientales como el flujo de trabajo, la ergonomía, los recursos, que afectan la seguridad del paciente.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
<b>Reconocer, responder y revelar eventos adversos y situaciones de peligro:</b> "Me siento seguro de lo que he aprendido sobre..."										
24. reconocer un evento adverso o situación de peligro.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
25. reducir los daños al abordar los riesgos inmediatos para los pacientes y otras personas involucradas.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
26. revelar los eventos adversos al paciente.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
27. participar en el análisis oportuno de eventos, la práctica reflexiva y la planificación con el fin de prevenir la recurrencia.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○



**SECCIÓN 2: Qué tanto se aborda las cuestiones de seguridad de los pacientes en la educación de profesionales de la salud.**

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo
	...en el salón de clases					...en el área clínica				
28. Como estudiante, el alcance de lo que era "seguro" hacer en el entorno de la práctica era muy claro para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Hay consistencia en la forma en que los problemas de seguridad de los pacientes fueron tratados por diferentes profesores o instructores en el entorno clínico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Tuve suficiente oportunidad para aprender e interactuar con miembros de equipos interdisciplinarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. He adquirido una sólida comprensión de que la presentación de informes de eventos adversos puede llevar al cambio y puede reducir la recurrencia de los acontecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. La seguridad del paciente estaba bien integrada en el programa general.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Los aspectos clínicos de la seguridad del paciente (ej. higiene de las manos, transferencia de pacientes, seguridad de medicamentos) fueron bien cubiertos en nuestro programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Los aspectos del "sistema" de seguridad del paciente estaban bien cubiertos en nuestro programa (ej. aspectos de la organización, el manejo o el entorno de trabajo incluyendo políticas, recursos, comunicación y otros procesos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SECCIÓN 3: Comodidad al hablar de seguridad de los pacientes.**

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Total acuerdo
	...en el salón de clases					...en el área clínica				
35. En los contextos clínicos, la discusión en torno a los eventos adversos se centra principalmente en cuestiones relacionadas con el sistema, en lugar de centrarse en el(los) individuo(s) más responsable(s) del evento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. En situaciones clínicas, informar sobre un problema de seguridad del paciente tendrá repercusiones negativas para la persona que lo reporte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Si veo a alguien involucrado en prácticas de cuidado inseguras en el entorno clínico, me siento seguro(a) de acercarme a ellos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### SECCIÓN 4: Información sociodemográfica.

<b>38. Género</b> 1. Masculino 2. Femenino	<b>39. Edad:</b> _____ 1. 21-25 años 3. 26-30 años 4. 31-40 años 5. 41-49 años 6. > 50 años	<b>40. Estado civil:</b> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudo	<b>41. Residencia:</b> 1. Monterrey 2. Guadalupe 3. San Nicolás 4. Apodaca 5. San Pedro 6. Santa Catarina 7. Escobedo 8. Otra: _____	<b>42. Religión</b> 1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Bautista 5. Otra: _____ 6. Ninguna	<b>43. Egresado de Universidad</b> 1. UANL 2. UDEM 3. Tecnológico de Monterrey 4. Otra: _____
--	--	---	--	---	---

<b>44. Estudiante del año:</b> 1. _____	<b>45. ¿Ha recibido entrenamiento en el área clínica?</b> 1. Sí 2. No	<b>46. ¿Tiene otro tipo de estudios o profesión?</b> 1. Sí 2. No	<b>47. ¿Qué otra profesión tiene?</b> 1. Otra: _____
--	---	--	---

# **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

**Cinthia Daniela López Mata**

Candidato para el Grado de Especialista en Medicina Familiar

**Tesis: PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN  
SOBRE EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

## **Biografía:**

Datos personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 25 de noviembre de 1990, hija de Leobardo López Borunda y María Elena Mata Gómez, al concluir mis estudios básicos estudié medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, egresando como Médico Cirujano y Partero en 2014. Posteriormente realicé mi servicio social en la Unidad Móvil de Aramberri, Nuevo León, donde gracias al estrecho contacto con las familias de la comunidad decidí especializarme en Medicina Familiar; especialidad que dichosa y orgullosamente concluyo el día de hoy.